



ESCUA DE POSTGRADOS, MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN
PACIENTES RENALES CON ALTERACIÓN EMOCIONAL**

Nombre de la autora: Mónica Jimena Rozo Neuta

Director
Pablo Vallejo Medina

Co-Director
Francisco Ruiz Jiménez

Bogotá, D.C.

2019

Agradezco a:

Mi familia quienes siempre me apoyaron, creyeron en mis capacidades y siempre tuvieron una palabra de alivio y ánimo, a mis docentes especialmente a mis directores de tesis quienes con dedicación y compromiso aportaron a mi formación y mis compañeros por su apoyo.

TABLA DE CONTENIDO¹

Resumen, 7

Abstract, 8

La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con alteración emocional, 9

Justificación, 16

Marco teórico, 17

Aspectos metodológicos, 23

 Objetivo general, 23

 Objetivos específicos, 23

 Definición de variables, 23

 Método, 24

 Participantes, 24

 Diseño, 25

 Instrumentos, 25

 Protocolo de intervención, 28

 Procedimiento, 28

Resultados, 30

Discusión, 38

Referencias, 42

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 – Descripción del protocolo de ACT diseñado para el estudio	28
TABLA 2 – Resultados del análisis JZS + AR y cambio clínicamente significativo por cada participante y medida	35
TABLA 3 - Tamaño del efecto	36

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Puntuaciones totales en los síntomas emocionales	31
FIGURA 2 – Puntuaciones DASS – Depresión	32
FIGURA 3 – Puntuaciones DASS – Ansiedad	32
FIGURA 4 – Puntuaciones DASS – Estrés	33
FIGURA 5 - Puntuaciones VQ – Progreso	33
FIGURA 6 - Puntuaciones VQ – Obstrucción	34
FIGURA 7 - Puntuaciones CFQ	34

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychological Association
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
CFQ	Cognitive Fusion Questionnaire

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha mostrado eficaz para el tratamiento del malestar emocional asociado a una amplia gama de enfermedades crónicas. Sin embargo, no se han realizado estudios en pacientes en hemodiálisis. El objetivo del presente estudio es analizar el efecto de ACT en pacientes renales en hemodiálisis con problemas emocionales. Para ello, se diseñó un protocolo breve de ACT específicamente adaptado a las características y situación de estos pacientes. Posteriormente, se analizó el efecto del protocolo en síntomas emocionales, rumia y acciones valiosas a través de un diseño de línea base múltiple concurrente entre 3 participantes en terapia por al menos un año. Se encontraron tamaños del efecto grandes en la reducción de síntomas emocionales, fusión cognitiva y aumento en acciones valiosas. En conclusión, la intervención breve de ACT mostró una alta eficacia en pacientes en hemodiálisis.

Palabras Claves: Hemodiálisis, alteración emocional, rumia, valores, terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been shown to be effective in the treatment of emotional distress associated with a wide range of chronic diseases. However, no studies have been performed in patients on hemodialysis. The aim of the present study is to analyze the effect of ACT in renal patients on hemodialysis with emotional problems. For this purpose, a brief ACT protocol specifically adapted to the characteristics and situation of these patients was designed.

Subsequently, the effect of the protocol on emotional symptoms, rumination and valuable actions was analyzed through a concurrent multiple baseline design among 3 participants in therapy for at least one year. Large effect sizes were found in the reduction of emotional symptoms, cognitive fusion and increase in valuable actions. In conclusion, the short ACT intervention showed high efficacy in patients on hemodialysis.

Key words: Hemodialysis, emotional alterations, rumination, values, acceptance and commitment therapy.

La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con alteración emocional

La prevalencia de la terapia de remplazo renal en muchos países desarrollados es superior a 1000 pacientes por millón de habitantes (Gamarra, 2013), en Colombia no se conoce con exactitud, sin embargo, se calcula que ha tenido un aumento progresivo dada su relación con múltiples factores de riesgo, entre los que destacan condiciones precursoras como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (Lopera-Medina, 2016). El Fondo Colombiano de Alto Costo (2014) menciona que en el 2012 por millón de habitantes, 621 fueron diagnosticados con enfermedad renal crónica, los cuales pasaron a ser 658 en el 2013 sobre el mismo millón de habitantes. Por su parte, Otero (2002) afirma que uno de los departamentos con alta prevalencia de esta enfermedad es Valle del Cauca en donde hay más de mil pacientes en hemodiálisis, lo que supone el 15% de todos los pacientes renales en Colombia.

La insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo, considerándose un problema de salud pública (García, 2013). A pesar de su carácter prevenible, su incidencia está en aumento, principalmente en épocas de globalización (Lopera-Medina, 2016). Adicionalmente, la edad en que se presenta es cada vez más temprana, llegando incluso a presentarse en niños y adolescentes (Mendoza, Gonzales, Cabrera, et al., 2016).

A tenor de lo anterior, cuando una persona es diagnosticada con Insuficiencia Renal Crónica, debe enfrentarse a diversos cambios en su vida a nivel social, físico y psicológico (Bettiana, 2016), la naturaleza del tratamiento, el tiempo prolongado de permanencia en contextos médicos y los efectos secundarios ocasionan limitaciones relacionadas con el

tratamiento. Adicionalmente, el estrés experimentado durante la diálisis afecta de forma significativa a la calidad de vida del paciente (Jafakesh, Shahabizabeh y Bahrainian, 2016), (Shafipour, Jafari y Shafipour (2008). Esto puede generar una disminución significativa en la calidad de vida del paciente y de su familia, afectando sus áreas de ajuste, especialmente la laboral, social y personal, generando estrés, angustia, miedo, ansiedad y depresión (Lopera-Medina, 2016), (Bayat, Kazemi, Toghiani, Mohebi, Nilipour, Adibi, 2012), afectar la ingesta de líquidos (Sharp, Wild, Gumley, 2005) alterar el funcionamiento sexual y ocasionar limitaciones para trabajar normalmente (Lefebvre, Nobert, Crombez, 1972). Álvarez et al. (2001) sostienen que los cambios en estas áreas de ajuste, incluyendo el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta la calidad de vida.

En los pacientes en hemodiálisis, el diagnóstico de depresión se sitúa en el 44%, siendo el problema psicológico más frecuente en la población con enfermedad renal en estadios avanzados (Álvarez, Fernández, Vazquez, Mon, Sanchez & Rebollo, 2001). Los abordajes farmacológicos y psicológicos pueden ser eficaces en estos casos (García, 2013). El padecimiento de depresión puede afectar a la adherencia a los tratamientos, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico (Rojas-Villegas, Ruiz-Martínez y González-Sotomayor, 2017) y, por tanto, repercutir en su condición médica (García, 2013).

Con relación a la ansiedad se encuentra que es una alteración frecuente en pacientes renales, el dolor, dificultad para el descanso y los factores ambientales durante la diálisis son factores relacionados que pueden repercutir en ansiedad para los pacientes (Moreno, Sanz,

Benítez y Romero, 2013). Se ha encontrado que la depresión y la ansiedad son las condiciones psicológicas más prevalentes en la terapia de reemplazo renal (Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Chevarria, 2015).

Con el fin de disminuir el impacto psicológico durante el tratamiento de hemodiálisis se han planteado varios tipos de intervenciones. Mendoza et al. (2016) plantean que la intervención psicológica permite una adaptación más rápida. A continuación, se revisará el impacto en la mejoría del paciente de alguna de estas.

Como se puede evidenciar en las descripciones anteriores, la literatura actual reconoce la importancia de los factores psicosociales en el manejo de esta enfermedad, en particular en su estado terminal, cuando los pacientes deben ser sometidos a diálisis y/o trasplante (Hidalgo, 2011). Por su parte, Silva (2016) afirma que la intervención psicológica en estos pacientes debe estar dirigida a que el paciente acepte su enfermedad, lo cual contribuirá a mejorar su calidad de vida.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) es probablemente la más completa de las Terapias Conductuales de Tercera Generación. ACT está sostenida en un enfoque contextualista-funcional basado en un análisis experimental del lenguaje humano y la cognición a través de la Teoría del Marco Relacional (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). A través de la RFT, se han establecido explicaciones de por qué la fusión cognitiva y la evitación experiencial son procesos psicológicos omnipresentes y habitualmente dañinos (Hayes, 2004). ACT parte de las ventajas y desventajas de la condición humana y sostiene una perspectiva de la psicopatología en la cual

resulta central el concepto funcional de evitación experiencial destructiva o inflexibilidad psicológica (Luciano y Valdivia, 2006).

Según Gómez-Martín, López -Ríos y Manjón-Mesa (2005), la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) da razón del fenómeno de derivación y transformación de funciones, primando el estudio por el lenguaje y la cognición aportando desde el conductismo radical un contexto sustancial para comprender y abordar la psicopatología humana.

Desde la RFT el aprendizaje relacional se caracteriza por relaciones establecidas o derivas entre estímulos por medio de claves contextuales por medio de una historia de reforzamiento con múltiples ejemplos. Lo anterior permite plantear reglas acerca del funcionamiento del mundo, evitar consecuencias aversivas y establecer relaciones causales, no obstante, también podría favorecer el desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos.

Desde esta teoría existen cuatro causas para los trastornos psicológicos: 1. Partiendo de que se puede sentir estados aversivos no solo por las contingencias directas si no por la relación con estímulos verbalmente relacionados, pueden crear contextos psicológicos que conducen a la persona a una respuesta, independientemente de otras respuestas posibles dando lugar a psicopatología o inflexibilidad psicológica. 2. El establecimiento de clases o formación de categorías y aplicando marcos relacionados de evaluación y comparación (bueno-malo), lo que puede ocasionar que una persona permanezca mucho tiempo analizando a personas o situaciones. 3. Contexto de dar razones y búsqueda de coherencia, parte de que la incoherencia tiene función aversiva y los intentos del ser humano para dar coherencia a las experiencias. 4. El

control de los eventos privados enmarcando la necesidad de controlar o actuar ante eventos privados con función aversiva (Gómez-Martín, López -Ríos y Manjón-Mesa, 2005).

En este sentido la Terapia de Aceptación y Compromiso se deriva de la concepción del lenguaje establecida por la RFT, en donde va encaminada a que el consultante tome distancia de los eventos privados aversivos, en donde la conducta verbal sigue siendo la misma, con funciones diferentes y actuando de forma diferente, estableciendo control contextual acerca de la utilidad del lenguaje (Gómez-Martín, López -Ríos y Manjón-Mesa, 2005).

ACT tiene como objetivo dismantlar patrones de evitación experiencial contraproducentes a través de una serie de fases o procesos de cambio como (Wilson y Luciano, 2002): (a) desesperanza creativa, (b) clarificación de valores, (c) control como problema, (d) desliteralización y defusion, (e) yo como contexto, y (f) planificación de acciones valiosas. Estas fases o procesos se implementan de manera flexible, de acuerdo con las características y problemas del paciente en cuestión. La desesperanza creativa tiene como objetivo que el paciente contacte con las consecuencias negativas del patrón de evitación experiencial, encontrando la rumia (patrón de pensamiento negativo repetitivo) como la primera estrategia. La clarificación de valores hace mención a interacciones en las que el terapeuta procura que el paciente contacte con sus valores, entendidos como reforzadores positivos abstractos. El control como problema hace referencia a una fase de psicoeducación experiencial en la que se muestra al paciente los efectos perniciosos de intentar controlar los eventos privados. En la fase de desliteralización y defusion se realizan múltiples ejercicios con el objetivo de que el paciente aprenda a tomar distancia de los eventos privados en lugar de intentar controlarlos. El yo como

contexto se refiere al locus experiencial a través del cual la persona se hace consciente de que ella es algo más que las conductas concretas que ha realizado, realiza o realizará; además, desde esta perspectiva, la persona puede contactar más fácilmente con sus valores y elegir cursos de acción valiosa. Finalmente, en la fase de planificación de acciones valiosas se concreta con el paciente qué acciones puede llevar a cabo para avanzar en direcciones valiosas y las barreras psicológicas que podrían ocurrir.

En cuanto a la eficacia de ACT, se encuentran datos muy prometedores en el tratamiento de problemas clínicos tanto en formatos de intervención breves como extensos (Carrascoso, 2006), en los que se incluyen enfermedades crónicas. Páez, Luciano y Gutiérrez (2005) afirman que ACT es eficaz para alterar los contextos verbales que sostienen un patrón de evitación experiencial destructiva en pacientes diagnosticados con cáncer. García, Luciano, Hernandez y Zaldívar (2004) realizaron la aplicación de ACT en pacientes con sintomatología delirante, hallando una reducción en las verbalizaciones delirantes y de evitación. Asimismo, encontraron un incremento en las verbalizaciones de «estar abierto» a la experiencia y de las acciones dirigidas a valores.

Jafakesh, Shahabizabeh y Bahrainian (2016) realizaron un estudio que tenía como objetivo comparar la eficacia de la psicoterapia basada en mindfulness grupal versus ACT en el nivel de estrés en pacientes en diálisis. Para esto, se realizó un estudio piloto (con pretest, posttest y grupo control con 30 pacientes) en un hospital de ciudad de Bojnurd, Irán. Los resultados del estudio mostraron que ambas intervenciones son eficaces para la reducción del estrés en pacientes en diálisis, siendo más eficiente la psicoterapia grupal basada en mindfulness. Sin

embargo, los autores plantean que debido a diversas condiciones terapéuticas y de los pacientes, la ACT aplicada de manera individual puede ser más eficaz que la terapia grupal basada en mindfulness.

Manteniendo interés por la eficacia de ACT en enfermedades crónicas, Ahmadsaraei, Doost, Manshaee y Nadi (2017) realizaron un estudio experimental con el objetivo de investigar el impacto de ACT en la depresión de pacientes con diabetes tipo II. Los resultados indican que ACT redujo los puntajes de depresión. Los autores concluyen que ACT puede ser eficaz como intervención psicológica sobre la depresión en pacientes con tipo II diabetes.

Revisiones más detalladas de la eficacia de ACT pueden encontrarse en las revisiones de Ruiz, (2010, 2012). A día de hoy, ACT acumula más de 300 ensayos clínicos aleatorizados en múltiples problemas (el listado de los ensayos clínicos aleatorizados puede verse en el siguiente enlace: https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials). Sin embargo, el efecto de ACT en pacientes en hemodiálisis apenas ha comenzado a investigarse. Este proyecto pretende avanzar en esta dirección.

Justificación

Teniendo en cuenta el alto grado de incidencia y las consecuencias emocionales que experimentan los pacientes que realizan terapia de reemplazo renal de hemodiálisis, surge la necesidad de investigar acerca de la eficacia de tratamientos psicológicos que contribuyan con la mejora de las alteraciones emocionales en ellos. Se ha observado que esta población puede presentar con frecuencia trastornos emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Rebollo, Mon, Alvarez-Ude, Vázquez, Fernández y Sánchez, 2001), y de la misma forma se ha encontrado que ACT ha sido efectiva en otras poblaciones que presentan ansiedad y depresión, de ahí nace el cuestionamiento en hallar la efectividad de ACT en paciente renales.

En la literatura se encuentran, en su mayoría, estudios descriptivos y caracterizaciones de esta población, siendo reciente el interés por investigar la eficacia de terapias específicas o técnicas en pacientes renales.

Por tanto, de las altas cifras en la prevalencia de la insuficiencia renal crónica, las consecuencias a nivel psicológico y las pocas investigaciones relacionadas con terapias que busquen disminuir estos síntomas e incrementar la calidad de vida, nace la necesidad de investigar la eficacia de intervenciones psicológicas en esta población. Este estudio pretende diseñar y analizar, concretamente, el efecto de un protocolo breve basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en esta población.

En conclusión, esta investigación se realizará con el propósito responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la eficacia de un protocolo breve de ACT en pacientes en hemodiálisis con problemas emocionales?

Marco teórico

La enfermedad renal crónica (ERC) tiene un curso progresivo con varios estadios (Leiva-Santos et al., 2012). La falla renal severa se ubica en el estadio V, encontrándose cuatro estadios antecesores que dependen del daño renal. Este estadio V indica que clínicamente se requieren tratamientos complejos con terapias de reemplazo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante; Lopera-Medina, 2016).

La terapia de reemplazo renal hemodiálisis es un tratamiento médico no curativo, que consiste en realizar un procedimiento quirúrgico para implementación de un acceso vascular, ya sea fístula o catéter el cual va a unir una vena y una arteria canal por el cual se realizarán las diálisis. Estos accesos vasculares requieren cuidados que pueden impedir la ejecución de algunas actividades cotidianas.

El procedimiento de hemodiálisis consiste en eliminar de forma artificial las sustancias tóxicas de la sangre que no pueden ser eliminadas naturalmente a través de la orina por medio del riñón. La hemodiálisis se realiza tres veces a la semana, día de por medio durante 4 horas. En este tiempo, el paciente está conectado por medio del acceso vascular hasta la máquina de hemodiálisis la cual realiza la función de limpieza. En el transcurso del procedimiento, los pacientes pueden experimentar efectos secundarios como: cefaleas, aumento de tensión arterial, vómitos, calambres, entre otros, los cuales pueden mantenerse por algunas horas después de terminada la diálisis.

Guendelman y Hoffmann (1991) citado por Silva (2016) proponen cuatro etapas para la adaptación psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. La primera etapa,

denominada Estado Psíquico de Uremia Terminal, inicia antes de ingresar a la diálisis. En esta etapa hay presencia de dificultades psicológicas como: déficit de la capacidad de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, ansiedad y disminución de la libido, los cuales se asocian con el alto nivel de uremia. Durante el tratamiento de hemodiálisis, se encuentra la fase Eufórica o Luna de Miel. Ésta inicia en las primeras sesiones de diálisis y finaliza aproximadamente a los 6 meses después de iniciado el tratamiento. El paciente percibe una mejoría física y emocional debido a la disminución del alto grado de uremia. Se caracteriza por sentir: esperanza, confianza y motivación, aceptando su dependencia a la máquina de hemodiálisis, a los procedimientos y al equipo de salud. La tercera etapa se denomina Desencanto o Desánimo. En ésta, los sentimientos característicos de la etapa anterior disminuyen o desaparecen, surgiendo sentimientos de desamparo y tristeza. El paciente comienza a conocer y experimentar las restricciones y los efectos del tratamiento relacionados con: las restricciones de la dieta, vergüenza, rabia y molestia dirigidas principalmente al equipo de salud. La última etapa conocida como Crónica o de Larga Adaptación, en donde el paciente experimenta sentimientos ambivalentes entre la alegría y tristeza, la duración y/o la intensidad de éstas fluctúan dependiendo del paciente. En esta fase, los pacientes alcanzan un nivel de aceptación de sus limitaciones y complicaciones causadas por el tratamiento. Tienen conciencia de su dependencia a la máquina, del procedimiento y del equipo de salud involucrado. La ira y la expresión de agresión son muy frecuentes.

Durante esta última etapa, Guendelman y Hoffmann (1991) exponen las principales causas de tensión y ansiedad del paciente:

1. Conflicto dependencia-independencia: El paciente percibe su dependencia a la máquina y al equipo de salud, sin embargo se requiere que tenga un nivel de independencia que le permita desarrollar habilidades de autocuidado y continuar con sus actividades en sus diferentes áreas familiares, recreativas, laborales y de pareja. Esta dependencia-independencia le genera un gran estrés al paciente debido a que necesita tener habilidades para la adaptación y de flexibilidad.
2. Tensión por las restricciones dietéticas: La limitación en la ingesta de algunos alimentos y la estricta reducción en el consumo de líquidos, producen ansiedad en el paciente o culpa, negación al incumplir con lo recomendado por el equipo médico.
3. Tensión por la máquina de hemodiálisis: El observar todo el procedimiento suele ser una experiencia impactante para el paciente que genera alteración emocional; asimismo, el riesgo latente de que surja algún inconveniente en la máquina es un generador de ansiedad.
4. Ansiedad por la incertidumbre de la supervivencia: La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que no tiene cura generando incertidumbre en el paciente en cuanto a su expectativa de vida.
5. Tensión por las múltiples pérdidas: Las pérdidas por las que atraviesa el paciente a nivel de independencia, alteraciones físicas, sociales, laborales y psicológicas afectan su autoestima y provocan pensamientos de incapacidad.
6. Ansiedad por el deterioro del funcionamiento sexual: En estos pacientes puede presentarse alteraciones a nivel sexual. La mujer puede tener variaciones en el ciclo menstrual, disminución de la libido y de la fertilidad, siendo los embarazos de alto riesgo en estas pacientes. En la mayoría de los hombres se presenta disfunción gonadal, impotencia y disminución del deseo

sexual. Estos cambios tienen causas orgánicas, que aumentan la aparición de malestar psicológico que interactúan con los factores fisiológicos, metabólicos y farmacológicos.

7. Tensión por las dificultades económicas: El tratamiento de diálisis por un lado demanda costos elevados y por el otro la incapacidad a nivel laboral del paciente genera problemas económicos y a su vez familiares y personales.
8. Tensión por la espera de trasplante: Lograr el trasplante de riñón, si bien implica mejoras significativas, conlleva someterse a largas esperas, encontrar un donante, tener conciencia de que el trasplante puede fallar y tener que volver al tratamiento sustitutivo.

Acuña y Hernández (2011) estudiaron los efectos de la aplicación de la terapia de activación conductual sobre la actividad física y la percepción de satisfacción de 3 pacientes renales con menos de 6 meses en tratamiento, por medio de un diseño un diseño intrasujeto A-B con seguimiento. Se concluyó que los efectos de la terapia de activación conductual contribuyeron al incremento en la duración de actividades físicas y recreativas, áreas afectadas de forma significativa por la patología. Adicionalmente, relacionan la teoría del reforzamiento con el aumento de calidad de vida a pesar de la condición médica.

Por su parte, Acosta, Chaparro y Rey (2008) compararon la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta las siguientes características: edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los resultados muestran que los pacientes con trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento. La edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres con estudios

universitarios, casados y empleados muestran las mayores puntuaciones relacionándose con mejores estrategias de afrontamiento.

Otro estudio realizado con la variable de afrontamiento en esta población fue realizado por Cassaretto y Paredes (2006) en donde describen las estrategias de afrontamiento de 40 pacientes. Los resultados muestran que los estilos utilizados en mayor frecuencia son los enfocados en la emoción y, en segundo lugar, los enfocados en el problema. Las siguientes estrategias fueron las más frecuentes: planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento. Las estrategias menos utilizadas fueron: desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo. Mendoza, González, Cabrera y Alzate (2016) analizaron el impacto de la atención psicológica en los pacientes con enfermedad renal. La intervención incluyó trabajo a nivel cognitivo, emocional, conductual y social, y estuvo relacionada con un mejor afrontamiento y decisiones relacionadas con la enfermedad, adaptando su proyecto de vida a sus a las nuevas condiciones.

Vinaccia, Mendoza y Torres (1993) realizaron un estudio con el fin de reducir la ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica con 4 sujetos. Para analizar la eficacia de la terapia cognitivo conductual de autocontrol utilizaron un diseño de línea de base múltiple entre participantes. Los resultados evidenciaron que la terapia es un modelo terapéutico alternativo para intervenir en estos pacientes.

Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas y Reynoso-Erazo (2009) realizaron un estudio de caso único en el cual combinaron la técnica de retroalimentación con relajación en pacientes con insuficiencia renal crónica. Los resultados concluyen que la

retroalimentación visual (presión arterial) y la relajación disminuyeron las cifras de presión arterial sistólica y diastólica de forma significativa. Asimismo, el tratamiento dio lugar a la reducción en los puntajes de las escalas de ansiedad y estrés después del tratamiento en todos los sujetos.

Con relación a intervenciones a nivel grupal, Mendoza (2016) diseñaron una guía de psicoterapia grupal para pacientes renales crónicos de la Unidad de Diálisis con el objetivo de mejorar su calidad de vida e incorporación a la sociedad. El objetivo del tratamiento es permitir a los pacientes renales crónicos la aceptación del proceso de su tratamiento y mejorar su calidad de vida.

Aspectos Metodológicos

Esta investigación se realizó con el propósito responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la eficacia de un protocolo breve de ACT en pacientes en hemodiálisis con problemas emocionales?

a. Objetivo general: Analizar el efecto de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con problemas emocionales.

b. Objetivos específicos:

- ✓ Diseñar un protocolo breve de ACT específicamente adaptado en pacientes que se encuentran en terapia de remplazo renal
- ✓ Analizar el efecto del protocolo de ACT en síntomas emocionales
- ✓ Analizar el efecto del protocolo breve de ACT en la rumia

a. Definición de variables

La variable independiente del estudio será un protocolo breve basado en la terapia de aceptación y compromiso, mientras las variables dependientes serán: la rumia con relación a la enfermedad, estados emocionales negativos (ansiedad, depresión y estrés), dificultad para realizar acciones valiosas y el progreso o acciones encaminadas a valores, fusión con los pensamientos de la salud de los participantes. Las medidas mencionadas anteriormente serán tomadas con una periodicidad semanal tanto en la línea base como en el tratamiento.

Método

La muestra se fue recogida de forma incidental por medio de convocatoria realizada en una unidad renal en la ciudad de Bogotá. Dicha muestra se compuso de 3 participantes en terapia de remplazo renal de hemodiálisis.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a. Hombres y mujeres colombianos entre 18 a 58 años, que lleven más de 1 año en terapia de remplazo renal Hemodiálisis
- b. No estar tomando medicamentos para tratar ansiedad o depresión
- c. Nivel de escolarización mínimo de primaria
- d. Puntuaciones superiores de 15 en el General Health Questionnaire - 12 (GHQ-12).

Los criterios de exclusión fueron:

- a. Participantes que estén en riesgo suicida alto lo cual se determinará en la entrevista inicial
- b. Participantes que se encuentren en tratamientos psicológicos o psiquiátricos alternos
- c. Que se encuentren en una situación de abuso o violencia intrafamiliar.

Participantes:

Participantes entre 18 y 58 años, que asisten desde hace más de un año a terapias de remplazo renal en una unidad renal de la ciudad de Bogotá.

Participante 1:

Mujer de 58 años de edad, viuda, permanencia en terapia renal desde hace 5 años, soporte familiar por hijo, nuera y nietos, sin actividad laboral actual, cuidadora de hijo diagnosticado con epilepsia.

Participante 2:

Mujer de 43 años de edad, soltera, quien lleva en diálisis 13 años, actualmente no realiza ninguna actividad laboral, apoyo familiar moderado dado por hermanas y primos.

Participante 3:

Mujer de 40 años de edad, quien lleva 3 años en diálisis, pareja sin convivencia apoya al padre en algunas actividades laborales, red de apoyo por padre y tía.

Diseño

Para este estudio se empleó un diseño de caso único de línea de base múltiple entre participantes concurrente.

Instrumentos

- La medida como criterio de inclusión y exclusión fue por medio de **General Health Questionnaire - 12** (GHQ-12; Goldberg, Williams, 1988). El GHQ-12. Se trata de un autoinforme que mide el estado de salud mental en las últimas semanas. A mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional. La escala consta de 12 ítems que se responden en una escala tipo Likert (0-1-2-3) y cuenta con 6 ítems en dirección positivos y 6 en dirección negativa

(¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?) (Ruiz, García-Beltrán y Suárez-Falcón, 2017). El GHQ-12 cuenta con un alfa Conbach de .90 y una estructura unifactorial. Las puntuaciones iguales o superiores a 12 indican la posibilidad de estar experimentando un trastorno emocional.

- **Depression Anxiety and Stress Scale-21** (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). El DASS-21 es una escala que mide los principales síntomas emocionales: depresión (No podía sentir ningún sentimiento positivo), ansiedad (Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo) y estrés (He tendido a sentirme enfadado con facilidad), a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. Consta de 21 ítems que describen estados emocionales negativos, los cuales se califican en una escala tipo Likert de cuatro puntos (3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo, 0 = no me ha ocurrido), El DASS-21 cuenta con buenas propiedades psicométricas en Colombia, con un alfa de Cronbach de .93 (Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odrizola-González, 2017) y una estructura factorial jerárquica con un factor general y tres factores de segundo orden.
- Se medirá la dificultad para realizar acciones valiosas y el progreso o las acciones encaminadas a valores a través del **Valuing Questionnaire** (VQ; Smout, Davies, Burns, y Christie, 2014). El VQ consta de mide 10 reactivos, los cuales evalúan qué tanto se ha actuado en concordancia con los valores personales, en dos dimensiones: obstrucción (Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer), progreso (Estuve orgulloso de cómo viví mi vida) Se presentan siete opciones de respuesta, que van desde cero

hasta seis, donde 0 hace referencia a en absoluto y 6 a completamente verdad. A mayor puntuación en la subescala de Obstrucción, mayor dificultad para encaminarse a valores en la última semana. Por el contrario, a mayor puntuación en la subescala de Progreso, mayor avance en dirección a valores durante la última semana. El VQ ha sido validado en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, y Gil-Luciano (en revisión).

- La fusión con los pensamientos de los participantes será medida por medio del **Cognitive Fusion Questionnaire** (CFQ; Gillanders, et al, 2014). Éste es un cuestionario que mide la fusión cognitiva de los participantes a través de 7 ítems (Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría) los cuales tiene una calificación tipo Likert: nunca es verdad, muy raramente es verdad, raramente es verdad, a veces es verdad, frecuentemente es verdad, casi siempre es verdad y siempre es verdad. Las puntuaciones clínicas son a partir de 29 puntos. El instrumento fue validado en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, y Gillanders, (2017) con un alfa de Cronbach entre .89 y .93.

Las medidas mencionadas anteriormente serán tomadas con una periodicidad semanal tanto en la línea base como en el tratamiento.

Protocolo de intervención

El protocolo de intervención se diseñó siguiendo las investigaciones y protocolos recientes en ACT centrado en reducir patrones de rumia y preocupación (p. ej., Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón y Luciano, 2016; Ruiz et al., 2018). La Tabla 1 muestra un resumen de los objetivos y procedimiento de cada una de las sesiones del protocolo diseñado.

Tabla 1. Descripción del protocolo de ACT diseñado para el presente estudio.

Sesión	Descripción
1	Explicación de la lógica de la intervención, Análisis funcional por medio de esquema (identificar la jerarquía de disparadores, patrón de evitación experiencial, amplificación de consecuencias) metáfora de globos, ejercicio experiencia de dar vueltas a la silla.
2	Repaso de sesión anterior, múltiples ejercicios para defusión relacionados con el disparador: asociación libre con la mano no dominante, fantasear y preocuparse conscientemente, zoom y ejercicio de introducción a valores: Posiblemente no puedo.
3	Repaso de sesión anterior, ejercicio de discriminación de respuestas frente eventos privados (patrón flexible o inflexible), metáfora del jardín y establecer acciones comprometidas.
4	Repaso de sesión anterior, planificación de acciones valiosas, ejercicio de inducción a la rumia (vaso de agua) y realizar el cierre.

Procedimiento

El procedimiento consistió en las siguientes fases:

Fase 1 Reclutamiento de participantes:

El reclutamiento de participantes se realizó a través un comunicado en una unidad renal y se contó con la colaboración de la psicóloga de la unidad.

Fase 2. Encuentro y socialización de estudio:

Posteriormente se brindó de forma individual la información acerca de los objetivos y la metodología del presente estudio.

Fase 3. Selección de participantes:

Se realizó una entrevista con cada uno de los interesados para seleccionar a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Fase 4. Datos línea base:

Se inició la toma de datos para la línea de base en donde se aplicaron los instrumentos semanalmente. Se aleatorizó el momento de la aplicación de intervención de tal manera que inició desde la tercera hasta la quinta sesión. La aleatorización se realizó con el objetivo de fortalecer la validez interna del presente estudio (Kratochwill y Levin, 2010).

Fase 5. Implementación de protocolo breve:

Se dio inicio a la aplicación del protocolo de intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) el cual estuvo constituido por 4 sesiones, que se llevaron a cabo de manera individual, dichas sesiones tendrán una duración de 1 hora aproximadamente. Al finalizar las sesiones de intervención se realizaron los cierres correspondientes con cada uno de los participantes.

Fase 6. Fase Análisis de datos:

Se realizó el análisis de los datos obtenidos durante toda la investigación, se observó mejoría en todos los participantes por tanto no se realizó remisión al centro de asistencia psicológica al Centro de Psicología Clínica institucional.

Consideraciones éticas

Durante el transcurso de la investigación se tuvieron en cuenta todas las implicaciones éticas consideradas en la Ley 1090 de 2006 del Ministerio de la Protección Social y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la que se resalta el uso del consentimiento informado (art. 29), la garantía de anonimato, custodia y protección de información recolectada a través de los diferentes instrumentos que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a estos (Art. 30), Capítulo 7 de la ley 1090 del 2006 el cual habla de la investigación científica la propiedad intelectual y las publicaciones, ya que se pretende que dicho estudio sea publicado (véase anexo) y las demás que correspondan a las leyes colombianas.

Resultados

A continuación, se presentan los análisis visuales y estadísticos para explorar la eficacia de las intervenciones. Para analizar la ocurrencia de cambio clínicamente significativo se siguió la propuesta Bayesiana sugerida por (Gelman, Carlin, Stern, Dunson, Vehtari, & Rubin, 2014). Para obtener una estimación global del tamaño del efecto de la intervención, se computó el tamaño de efecto para diseños experimentales de caso único desarrollados, se calculó el propuesto por Pustejovsky, Hedges y Shadish (2014), este tamaño del efecto es comparable a través de diseños, siendo el equivalente a la d de Cohen ampliamente utilizada en diseños de grupo. Por tanto, los resultados obtenidos en diseños experimentales de caso único pueden compararse con los obtenidos en diseños de grupo como ensayos controlados aleatoriamente.

Figura 1. Puntuaciones totales en los síntomas emocionales (DASS-21)

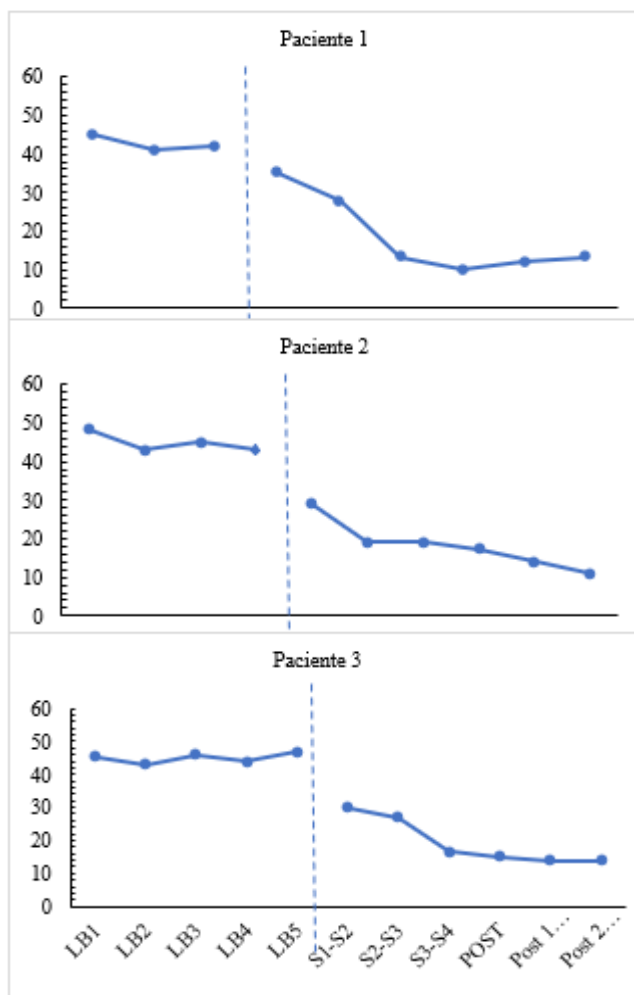


Figura 2. Puntuaciones DASS – Depresión

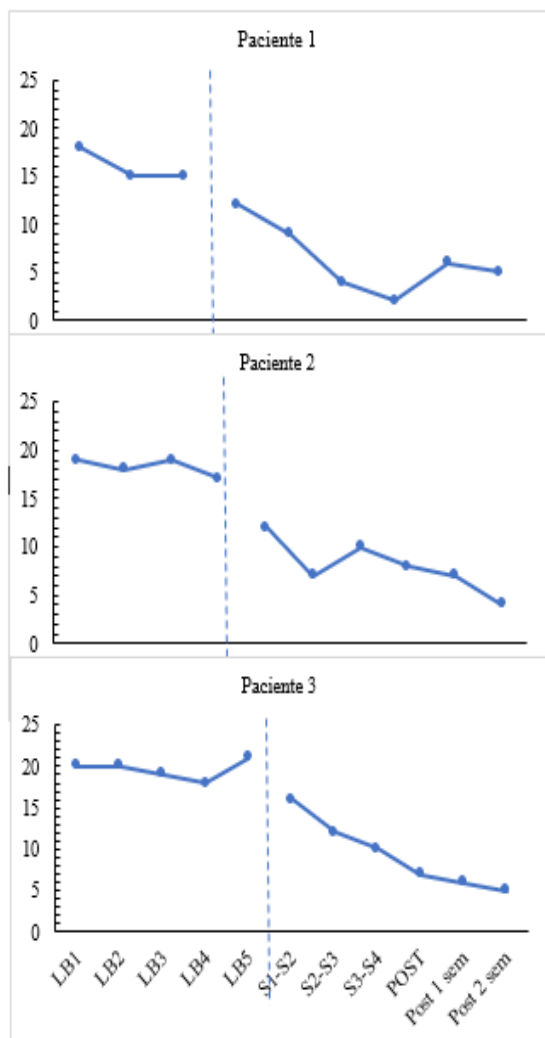
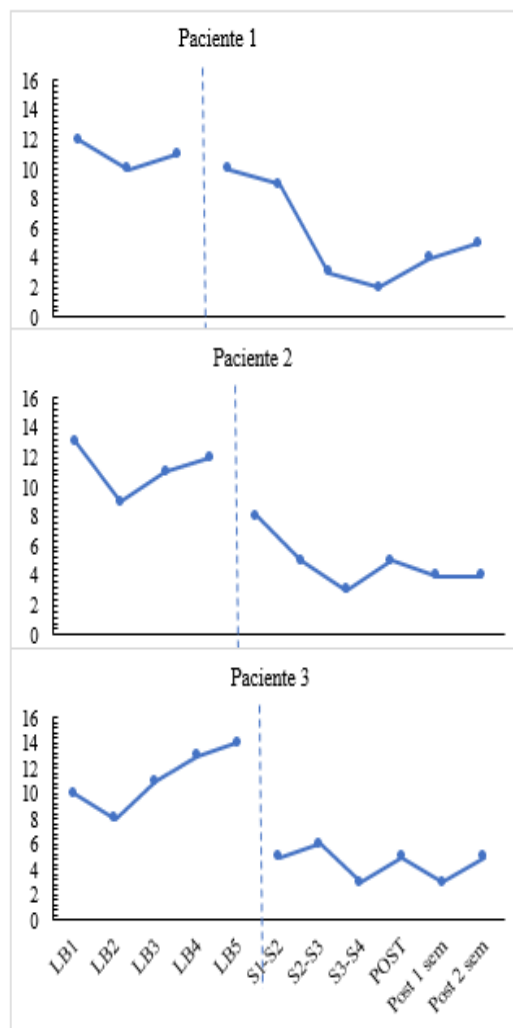


Figura 3. Puntuaciones DASS – Ansiedad



La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con alteración emocional

Figura 4. Puntuaciones DASS – Estrés

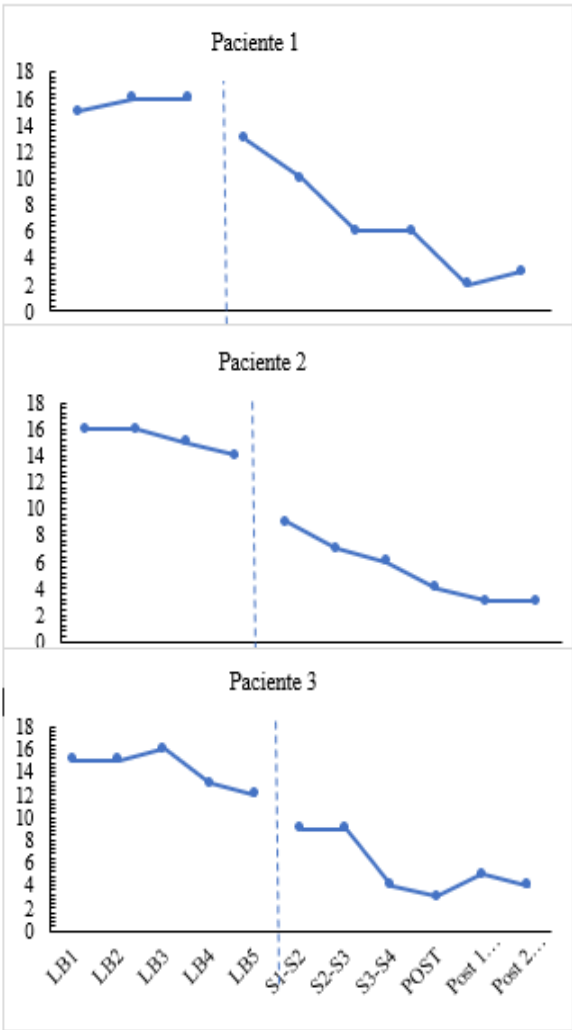
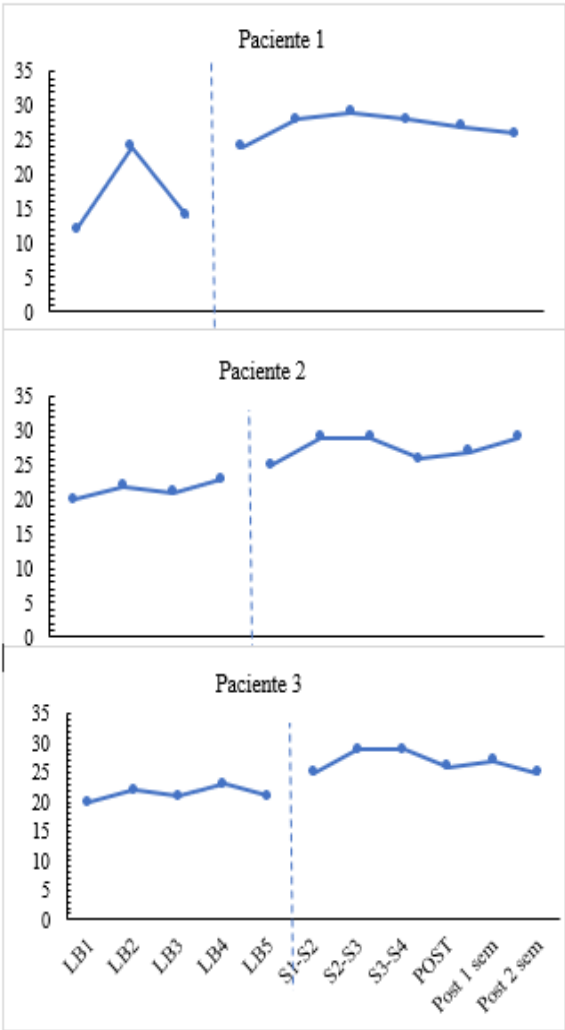


Figura 5. Puntuaciones VQ – Progreso



La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con alteración emocional

Figura 6. Puntuaciones VQ – Obstrucción

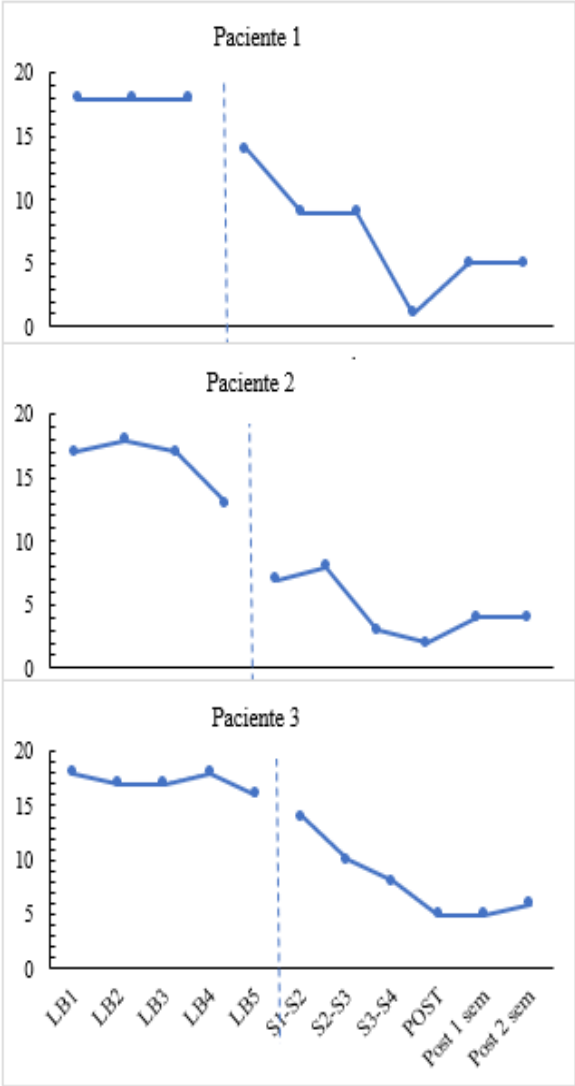


Figura 7. Puntuaciones CFQ

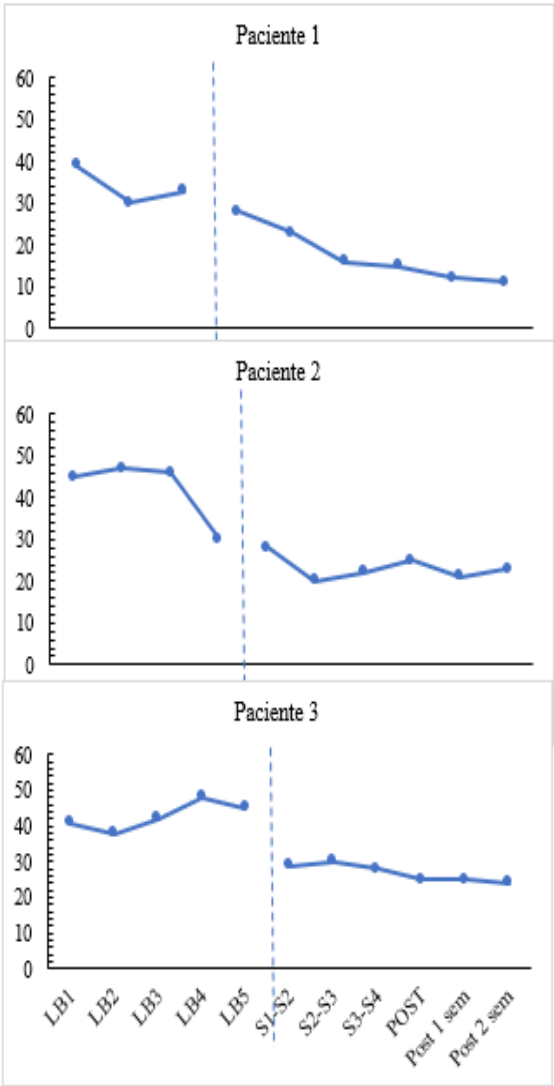


Tabla 2. Resultados del análisis JZS + AR y cambio clínicamente significativo por cada participante y medida.

		P1	P2	P3
DASS – Total	δ	-54.891	-8.907	-187.625
	Bar	>100	>100	3,7
	CSC	SI	SI	SI
DASS – Depresión	δ	-44.369	-57.811	-105.563
	Bar	31,25	>100	4,76
	CSC	SI	SI	SI
DASS – Ansiedad	δ	-40.854	-3.694	-2.730
	Bar	25	34,48	20
	CSC	SI	SI	SI
DASS – Estrés	δ	-54.891	-113.939	-58.182
	Bar	52,63	>100	0,033
	CSC	SI	SI	NO
VQ-Obstrucción	δ	-64.548	-54.867	-126.724
	Bar	79,92	>100	0,2
	CSC	SI	SI	NO
VQ-Progreso	δ	14.115	27.399	30.650
	Bar	3,33	13,15	27,77
	CSC	SI	SI	SI
CFQ	δ	-40.712	-17.218	-49.626
	Bar	23,8	4,76	>100
	CSC	SI	SI	SI

Tabla 3. Tamaño del efecto

	BC-SMD	Error	95%CI (Inferior)	95% CI (superior)
DASS-total	-7,9701	2,9441	-14,1050	-3,3431
DASS-	-4,1593	2,6553	-9,4386	-0,4646
Depresión				
DASS-	-4,4071	2,9447	-8,3351	-0,9881
Ansiedad				
DASS-Estrés	-5,0563	2,3200	-97807	-1,2165
CFQ	-1,6639	1,6526	-0,48296	0,9998
VQ-Progreso	1,9502	1,0909	-0,0754	4,1146
VQ-	-2,7835	2,1269	-6,9344	0,4341
Obstrucción				

BC-SMD = Diferencias de medias estandarizadas

Las figuras 1, 2, 3, 4 ,5 y 6 muestran la evolución de las puntuaciones de los participantes en las medidas del resultado de puntuaciones en los síntomas emocionales (DASS-21), valores (VQ) y fusión cognitiva (CFQ). El análisis visual muestra que el protocolo de ACT fue eficaz para disminuir los síntomas emocionales en los participantes; asimismo se evidencia un aumento de acciones valiosas. La tabla 1 muestra los tamaños del efecto y el factor Bayes en JZS + AR. Los factores de Bayes fueron interpretados de acuerdo a Jeffreys (1961) y Wagenmakers, Wetzels, Borsboom y van der Maas (2011), donde 1-3 = Evidencia anecdótica del efecto del tratamiento;

3-10 = Sustancial o evidencia moderada del efecto del tratamiento; 10-30 = Fuerte evidencia de efecto del tratamiento; 30-100 = Muy fuerte evidencia del efecto del tratamiento; y > 100 = Evidencia extrema del efecto del tratamiento. Finalmente, los factores Bayes menores de 1 se interpretan como evidencia a favor de la hipótesis nula de no efecto del tratamiento.

Se evidencia eficacia de la intervención en las puntuaciones del DASS-21 (síntomas emocionales). En las puntuaciones del DASS-21 Total, de acuerdo con el factor de Bayer, se evidencia en las participantes efecto extremo del tratamiento ($\text{Bar} > 100$) para P1 y P2 y evidencia moderada del efecto en el tratamiento para P3 ($\text{Bar} = 3-10$). Con relación a DASS-Depresión se encontró fuerte evidencia del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 31,25$) para P1, evidencia extrema del efecto del tratamiento ($\text{Bar} > 100$) para P2 y evidencia sustancial o moderada del efecto en el tratamiento para P3 ($\text{Bar} = 4,76$). En DASS-Ansiedad se encontró fuerte evidencia del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 25$) para P1, se halló muy fuerte evidencia del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 34,48$) para P2, y para P3 fuerte evidencia de efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 20$). Con relación a DASS-Estrés, se encontró evidencia muy fuerte del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 52,63$) para P1, evidencia extrema del efecto del tratamiento ($\text{Bar} > 100$) para P2, mientras que para P3 no se encuentra efecto en el tratamiento ($\text{Bar} = 0,033$).

En VQ-Obstrucción, se encontró evidencia muy fuerte del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 79,92$) en P1, evidencia extrema del efecto del tratamiento ($\text{Bar} > 100$) para P2, mientras que para P3 no se encuentra efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 0,2$). En VQ-Progreso, el P1 muestra evidencia moderada del efecto del tratamiento ($\text{Bar} = 3,33$), mientras que P2 y P3 mostraron fuerte evidencia (Bar de 13,15 y 27,77, respectivamente).

Con relación al CFQ, se encontró para P1 fuerte evidencia del efecto del tratamiento (Bar = 23,8), evidencia moderada para P2 (Bar = 4,76) y evidencia extrema para P3 (Bar >100).

En la tabla 2 se muestran los tamaños del efecto globales de la intervención. Es importante mencionar que estos efectos se encuentran en la misma métrica que los diseños de grupo, lo que promueve la comparación e integración de los hallazgos actuales sobre los protocolos ACT con evidencia empírica (Ruiz, Flórez, García-Martín, Monroy-Cifuentes, Barreto-Montero, García-Beltrán, Riaño-Hernández, Sierra, Suárez-Falcón, Cardona-Betancourt, Gil-Luciano, 2018).

Discusión

Esta investigación buscaba determinar la eficacia de un protocolo breve basado en la terapia aceptación y compromiso en pacientes con alteración emocional que se encontraban en terapia de reemplazo renal, hemodiálisis. Durante la línea base se encontró en las tres participantes altas puntuaciones en ansiedad, estrés, depresión y fusión cognitiva, así como bajas puntuaciones en acciones valiosas. Con posterioridad a la aplicación del protocolo breve de ACT se obtuvo evidencia de la eficacia del tratamiento, lo que se ajusta con lo hallado en otras investigaciones (Ruiz, Cangas, Barbero, 2014; Ruiz y Luciano, 2009).

En general, se encontraron tamaños del efecto muy grandes según el análisis Bayesiano realizado para analizar la significación clínica de los resultados. Esto llevó a que se hallaran cambios clínicamente significativos en todos los participantes para la mayoría de las variables dependientes. En lo concerniente a los tamaños del efecto global de la intervención, computados a través de un análogo de la *d* de Cohen para diseños de grupo, se encontraron tamaños del efecto muy grandes para la reducción de síntomas emocionales, así como en la reducción de la fusión cognitiva y el aumento de acciones valiosas. De hecho, los tamaños del efecto fueron inusitadamente grandes, lo que señala que la intervención breve diseñada tiene un muy prometedor potencial en este tipo de población. No obstante, los tamaños del efecto deben tenerse en cuenta en el contexto de una investigación con sólo 3 participantes. Futuros estudios deberán corroborar el potencial del protocolo diseñado para esta problemática.

A tenor de lo anterior, este estudio confirma lo encontrado en investigaciones recientes de protocolos en ACT en donde se han obtenido efectos relevantes. En general, los resultados

indican que el protocolo breve de ACT apunta a los mismos principios de la terapia basada en la RFT en donde la evitación experiencial y la fusión cognitiva tiene un rol principal en el desarrollo de dificultades emocionales (Ruiz, 2010).

Varias limitaciones son reseñables. En primer lugar, es importante mencionar que esta investigación inició con 5 participantes; no obstante, por motivos de salud de dos de las participantes, no se logró aplicar el protocolo a la totalidad de la muestra inicial. En segundo lugar, el seguimiento realizado fue muy corto debido a las restricciones temporales. No obstante, el estudio proseguirá realizando un seguimiento de tres meses para evaluar el mantenimiento de las mejoras encontradas tras la intervención. En tercer lugar, la muestra estuvo compuesta únicamente por mujeres. En futuros estudios deberá evaluarse el efecto del protocolo en hombres con enfermedad renal crónica. En cuarto lugar, la intervención se aplicó con pacientes con alta sintomatología emocional. En futuras investigaciones podría evaluarse el efecto del protocolo en pacientes con enfermedad renal crónica sin alteraciones emocionales. En quinto lugar, no ha sido posible en este punto comparar variables médicas de la enfermedad dado el escaso seguimiento realizado. Dichos datos serán recolectados durante el seguimiento de tres meses. Finalmente, los datos fueron recolectados únicamente a través de cuestionarios. Debido al bajo nivel educativo de la muestra, no fue posible contar con un autorregistro diario de conducta.

Para finalizar se resalta que este estudio aporta a las recientes investigaciones de ACT en donde prima la intervención a la fusión cognitiva y la identificación de valores. Asimismo, se dan primeros indicios de la eficacia de intervenciones breves para la población con problemas renales crónicos en esta población.

Posterior a la aplicación del protocolo y análisis de resultados se concluye que es efectivo para este tipo de población, no obstante, por la limitación del número de participantes se sugiere realizar estudios mejor controlados y con un mayor número de participantes en el cual se pueda estimar el efecto de intervenciones breves en un número mayor de muestra, así mismo establecer un contexto verbal que permita identificar la eficacia de protocolos con menos sesiones en esta población específica.

Referencias

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26.
- Acuña, L. y Hernández, A. (2011). Efectos de la aplicación de la terapia de activación conductual sobre la actividad física y la percepción de satisfacción en tres pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Tesis de maestría, *Universidad Javeriana*.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vazquez, A., Mon, C., Sanchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodialisis periodicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Ahmadsaraei, N., Doost, N., Manshaee, G. y Nadi, M., (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression among Patients with Type II Diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 9, 6-13.
- Bayat, A., Kazemi, R., Toghiani, A., Mohebi, B., Nilipour, M., Adibi, N., (2012) *Psychological Evaluation in Hemodialysis Patients*, Vol. 62, 3.
- Bettiana, Z. (2016) *Convivir con Insuficiencia Renal Crónica: Implicaciones e Intervenciones Psicológicas*. Universidad de la republica de Uruguay, Uruguay.
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24, 109-140.
- Carrascoso, F (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): características, técnicas clínicas básicas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 14, 361-385.

- Enfermedades de Alto Costo (2014). Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Libro de la Enfermedad Renal. Bogotá, Colombia.
- Gamarra, G., (2013) Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Medica Colombiana*. Vol. 38 N°3.
- García, J., Luciano, M., Hernández, M. y Zaldívar B. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- García (2013). Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Gelman, A., Carlin, J. B., Stern, H. S., Dunson, D. B., Vehtari, A., & Rubin, D. B. (2014). Bayesian data analysis, 2. Boca Raton, FL: CRC press.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83---101.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>.
- Goldberg, D., Williams, P., 1988. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, Windsor, UK
- Gómez-Martín, S., & López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). *Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 491-507.

- Gómez, L., Pac, N., Manresa, M., Lozano S., y Chevarria, J., (2015), Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis, *Enfermería Nefrología*, 18 (2) pp 112-117.
- Hidalgo, C. (2011). La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. *Psykhé*, 6.
- Hayes SC (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy* 35, 639–665.
- Hayes, SC. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Behavior Therapy*, 47, 869-885.
- Hayes, SC., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jafakesh, M., Shahabizabeh, F. y Bahrainian, A. (2016). Comparative effectiveness of mindfulness based psychotherapy versus acceptance and commitment therapy on stress level in dialysis patients. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services*, 24, 84-93.
- Jeffreys, H. (1998). La teoría de la probabilidad. Oup Oxford. Recuperado de:
https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=vh9Act9rtzQC&oi=fnd&pg=PA1&ots=feVtDWX5l-&sig=VwPJ3V54jaVabFA6xn4Ay5iZbro&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Kratochwill, R. y Levin, R. (2010). Enhancing the scientific credibility of single-case intervention research: Randomization to the rescue. *Psychological Methods*, 15, 124.
- Lefebvre, P., Nobert, A., Crombez, J., (1972) *Psychological and psychopathological reactions in relation to chronic hemodialysis*. Canadian Psychiatric Association Journal. Vol 17 pp 9 - 13.
- Leiva-Santos, J. P., Sánchez-Hernández, R., García-Llana, H., Fernández-Reyes, M. J., Heras-Benito, M., Molina-Ordas, Á., y Álvarez-Ude, F. (2012). Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología*, 32, 20-27.
- Ley N°1090. Congreso de la República de Colombia, 06 de Septiembre de 2006.
- Lopera-Medina, M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15, 212-233.
- Lovibond PF & Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.

- Lugo, L. H., García, H. I. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 37-50.
- Mendoza, H., González, R., Cabrera, N. y Arzate, R., (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19.
- Mendoza, L. (2016). Diseño de una guía de psicoterapia grupal para pacientes con insuficiencia renal crónica de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Moreno, A., Sanz, R., Benítez, L. y Romero, R. (2013), Factores que generan ansiedad a los pacientes en diálisis: influencia de la antigüedad del tratamiento. *Enfermería Nefrología*. 16 (1).
- Otero, L. M. (2002). Enfermedad renal crónica. *Colombia Médica*, 33, 38-40.
- Parker, R. y Vannest, K. (2012). Bottom-Up Analysis of Single-Case Research Designs. *Journal of Behavioral Education*, 21, 254-265
- Páez, M., Luciano, C., Gutierrez, O., (2005) La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (act) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*. 2, 49-70.

- Pustejovsky, J. E., Hedges, L. V., & Shadish, W. R. (2014). Design-comparable effect sizes in multiple baseline designs: A general modeling framework. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 39, 368–393.
- Rebollo, P., Mon, C., Alvarez-Ude, F., Vázquez, A., Fernández, M., Sánchez, R., (2001) *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*. *Nefrología*. 21, 2.
- Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, O. y González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26, 65-77.
- Ruiz, L., Cangas, A., Barbero, A., (2014). *Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 14, 3, 445-458.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-358.
- Ruiz, F., García-Beltrán, D. y Suárez-Falcón, J. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58.

- Ruiz, F., Flórez C, García-Martín, M., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán A, Riaño-Hernández, D., Sierra, M., Suárez-Falcón, J., Cardona-Betancourt, V., Gil-Luciano, B., (2018) *A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders*. Journal of Contextual Behavioral Science. 1-14.
- Ruiz, F. y Luciano, C., (2009) *Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas*. Psicothema Vol. 21, nº 3, pp. 347-352.
- Ruiz, F., Suárez-Falcón, J. C., Riano-Hernández, D., y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., y Gil-Luciano, B. (en revisión). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia.
- Ruiz, F., Suárez, J., Sierra, A., Barreto, K., García, B., Bernal, A., y Ramírez, S. (2017). Psychometric Properties and Factor Structure of the Ruminative Responses Scale-Short Form in Colombia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17.
- Ruiz, F., & Riaño Hernández, D., & Suárez Falcón, J., & Luciano, C. (2016). Effect of a One-Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16 (3), 213-233.

- Silva, B. (2016). Convivir con insuficiencia renal crónica: Implicaciones e intervenciones psicológicas. Universidad de la República de Uruguay.
- Shadish., W, Hedges, L. y Pustejovsky, J. (2014). Analysis and meta-analysis of single-case designs with a standardized mean difference statistic: A primer and applications. *Journal of School Psychology*, 52, 123-147.
- Shafipour, V., Jafari, H. y Shafipour, L. (2018). The relationship between stress intensity and life quality in hemodialysis patients hospitalized in sari iran. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 16,155-160.
- Sharp J., Wild M., Gumley A., (2005) *A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis*. American Journal of Kidney Diseases. Vol 15, 1 pp 15-27.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 164-172.
- Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M., Jurado-Cárdenas, S., Reynoso-Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1, 35-43.
- Vries, R., Meijer, R., Bruggen, V., & Morey, R. D. (2016). Improving the analysis of routine outcome measurement data: what a Bayesian approach can do for you. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25, 155-167.

Vries, R. y Morey, D. (2013). Bayesian hypothesis testing for single-subject

designs. *Psychological Methods*, 18, 165.

Wagenmakers, E. J., Wetzels, R., Borsboom, D., & Van Der Maas, H. L. (2011). Why

psychologists must change the way they analyze their data: the case of psi: comment on

Bem (2011). <http://dx.doi.org/10.1037/a0022790>.

Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento*

conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.